



Thomas County HD
 350 S Range Ave, Ste 2
 Colby, KS 67701
 785.460.4596

STAFF USE ONLY

Cash/Credit/Check # _____

Contract Pay: _____

Insurance: _____

KanCare Title 19: Title 21:

BTA Adult Program:

Formulario de consentimiento para la vacuna COVID-19

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Apt # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

Sexo: Masculino Femenino Etnicidad: Hispano o latino Sí No

Raza: Blanco Negro/Africano americano Asiático Indio americano/Nativo de Alaska

Nativo hawaiano/isleño pacífico Desconocido

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Eres menor de 18 años? | Sí | No |
| 2. ¿Está experimentando una enfermedad de moderada a grave y/o fiebre? | Sí | No |
| 3. ¿Ya recibió la Vacuna COVID? 3a. ___ Pfizer ___ Moderna ___ Janssen ___ Novavax
Fecha de recepción: 1. _____ 2. _____ 3. _____ | Sí | No |
| 4. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a algún componente de las vacunas Pfizer-BioNTech o Moderna COVID-19? | Sí | No |
| 5. ¿Ha recibido una vacuna en los últimos 14 días? | Sí | No |
| 6. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente) como parte del tratamiento de COVID-19 en los últimos 90 días? | Sí | No |
| 7. ¿Estás embarazada? | Sí | No |
| 8. ¿Está amamantando? | Sí | No |

Firmando a continuación:

- Mi firma autoriza a TCHD a compartir mi registro de vacunación con el Registro de vacunación del estado de Kansas.
- Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento vigente el 01/01/23 y la Hoja de Datos de Autorización de Uso de Emergencia. He leído, se me ha explicado y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información.

 Firma del paciente/Representante del paciente

 Fecha

 Relación con el paciente

Sólo para uso interno

Manufacturer: _____

Left Delt Right Delt

Dose

Lot Number: _____

Primary Second

Expiration Date: _____

Third Booster

 Signature of Vaccine Administrator

____/____/____
 Date

 Clinic Site

WebIZ: _____ Scanned: _____ Billed: _____